

**សេចក្តីជូនដំណឹងផែនការធ្វើសកម្មភាព
ការបដិសេធ ឬការបញ្ឈប់អ្នកផ្តល់ការបំរើ**
PLANNED ACTION NOTICE
PROVIDER DENIAL OR TERMINATION

ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានរបស់អតិថិជន

ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានអ្នកតំណាង

សកម្មភាព									
<p>អ្នកត្រូវបានគេដឹងថា ចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃ _____ នាយកដ្ឋាន DDD នឹងធ្វើសកម្មភាពដូចតទៅនេះប្រឆាំងនឹង</p> <p><input type="checkbox"/> ការបញ្ឈប់ជំនួយប្រាក់របស់អ្នក</p> <p><input type="checkbox"/> ការបញ្ឈប់លើកិច្ចសន្យារបស់អ្នក</p> <p><input type="checkbox"/> ការបដិសេធលើកិច្ចសន្យារបស់អ្នក</p> <p><input type="checkbox"/> បដិសេធការបង់ប្រាក់</p> <p>អ្នកផ្តល់ការបំរើនេះ បច្ចុប្បន្នកំពុងបំរើកិច្ចការដូចតទៅ :</p> <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> ការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនកម្មវិធីជំនួយមេធាវី</td><td><input type="checkbox"/> ផ្ទះមើលថែមនុស្សចាស់</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> បដិសេធការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន</td><td><input type="checkbox"/> ការរស់នៅផ្សេងទៀត</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> ពន្យារពេលការថែទាំ</td><td><input type="checkbox"/> សេវាលំនៅដ្ឋានមានវិញ្ញាបនប័ត្រ</td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____</td></tr></table> <p>កម្មវិធី DDD ធ្វើសកម្មភាពនោះពីព្រោះ:</p>		<input type="checkbox"/> ការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនកម្មវិធីជំនួយមេធាវី	<input type="checkbox"/> ផ្ទះមើលថែមនុស្សចាស់	<input type="checkbox"/> បដិសេធការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន	<input type="checkbox"/> ការរស់នៅផ្សេងទៀត	<input type="checkbox"/> ពន្យារពេលការថែទាំ	<input type="checkbox"/> សេវាលំនៅដ្ឋានមានវិញ្ញាបនប័ត្រ		<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____
<input type="checkbox"/> ការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនកម្មវិធីជំនួយមេធាវី	<input type="checkbox"/> ផ្ទះមើលថែមនុស្សចាស់								
<input type="checkbox"/> បដិសេធការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន	<input type="checkbox"/> ការរស់នៅផ្សេងទៀត								
<input type="checkbox"/> ពន្យារពេលការថែទាំ	<input type="checkbox"/> សេវាលំនៅដ្ឋានមានវិញ្ញាបនប័ត្រ								
	<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____								
សេចក្តីសម្រេចចិត្តរបស់អាជ្ញាធរ									
<p>អាជ្ញាធរនៃនាយកដ្ឋាន DDD មានអំណាចធ្វើសកម្មភាពរឿងនេះគឺយោលទៅលើ :</p> <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> ច្បាប់អភិបាលកិច្ចនៃរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន (WAC) : <input type="checkbox"/> 388-845-0300 រហូតដល់ 2205 គុណសម្បត្តិ អ្នកផ្តល់សេវាជំនួយសម្រាប់សេវាកម្ម HCBS <input type="checkbox"/> 388-71-0500 រហូតដល់ 05665 គុណសម្បត្តិ អ្នកផ្តល់សេវាបំរើផ្នែកអ្នកផ្តល់សេវាបំរើជាក់លាក់/ ទីភ្នាក់ងារមើលថែទាំតាមគេហដ្ឋាន</td><td><input type="checkbox"/> 388-101-1440 រហូតដល់ 1550 គុណសម្បត្តិ អ្នកផ្តល់សេវាបំរើប្រជាជនដែលមានវិញ្ញាបនប័ត្រ <input type="checkbox"/> 388-06 ការពិនិត្យមើលប្រវត្តិរូប <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____</td></tr></table> <p><input type="checkbox"/> កិច្ចសន្យា : (យោងទៅជំពូកកិច្ចសន្យា) _____</p> <p>អ្នកនៅតែមានសិទ្ធិទទួលសេវានេះ ប៉ុន្តែត្រូវតែជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់ការបំរើដែលមានគុណសម្បត្តិផ្សេងទៀត ។</p>		<input type="checkbox"/> ច្បាប់អភិបាលកិច្ចនៃរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន (WAC) : <input type="checkbox"/> 388-845-0300 រហូតដល់ 2205 គុណសម្បត្តិ អ្នកផ្តល់សេវាជំនួយសម្រាប់សេវាកម្ម HCBS <input type="checkbox"/> 388-71-0500 រហូតដល់ 05665 គុណសម្បត្តិ អ្នកផ្តល់សេវាបំរើផ្នែកអ្នកផ្តល់សេវាបំរើជាក់លាក់/ ទីភ្នាក់ងារមើលថែទាំតាមគេហដ្ឋាន	<input type="checkbox"/> 388-101-1440 រហូតដល់ 1550 គុណសម្បត្តិ អ្នកផ្តល់សេវាបំរើប្រជាជនដែលមានវិញ្ញាបនប័ត្រ <input type="checkbox"/> 388-06 ការពិនិត្យមើលប្រវត្តិរូប <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____						
<input type="checkbox"/> ច្បាប់អភិបាលកិច្ចនៃរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន (WAC) : <input type="checkbox"/> 388-845-0300 រហូតដល់ 2205 គុណសម្បត្តិ អ្នកផ្តល់សេវាជំនួយសម្រាប់សេវាកម្ម HCBS <input type="checkbox"/> 388-71-0500 រហូតដល់ 05665 គុណសម្បត្តិ អ្នកផ្តល់សេវាបំរើផ្នែកអ្នកផ្តល់សេវាបំរើជាក់លាក់/ ទីភ្នាក់ងារមើលថែទាំតាមគេហដ្ឋាន	<input type="checkbox"/> 388-101-1440 រហូតដល់ 1550 គុណសម្បត្តិ អ្នកផ្តល់សេវាបំរើប្រជាជនដែលមានវិញ្ញាបនប័ត្រ <input type="checkbox"/> 388-06 ការពិនិត្យមើលប្រវត្តិរូប <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____								

ថ្ងៃផ្ញើលិខិត ឬថ្ងៃផ្តល់ឱ្យអតិថិជន : _____

ចម្លងជូន : អ្នកសំខាន់ផ្សេងទៀត : _____

សំណុំរឿងរបស់អតិថិជន

សិទ្ធិធ្វើឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក

អ្នកមានពេលកៅសិប (90) ថ្ងៃ ចាប់តាំងពីថ្ងៃដែលអ្នកបានទទួលសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការរដ្ឋបាលមួយដើម្បីធ្វើឧទ្ធរណ៍ចំពោះសកម្មភាពនេះ។

- ដើម្បីបន្តទទួលសេវាពីអ្នកផ្តល់ការបំរើនេះនៅឱកាសកំពុងធ្វើឧទ្ធរណ៍ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំសវនាការឲ្យបានត្រឹមថ្ងៃ _____

អ្នកមានសិទ្ធិដូចខាងក្រោមនេះ៖

1. ឲ្យមានអ្នកតំណាង (អ្នកអាចមានលក្ខណសម្បត្តិសំរាប់ជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយមិនបង់ថ្លៃ);
2. ស្នើសុំសំណើចម្លងនៃសំណុំរឿងរបស់អ្នក និងគ្រប់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានពិនិត្យឡើងវិញដោយនាយកដ្ឋាន DDD ដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេច ;
3. ដាក់បញ្ចូលឯកសារនានាធ្វើជាភស្តុតាង;
4. ធ្វើជាភស្តុតាងនៅពេលធ្វើសវនាការនិងដើម្បីបង្ហាញសាក្សីឲ្យធ្វើជាភស្តុតាងសាក្សីតំណាងឲ្យអ្នក; និង
5. សាកសួរសាក្សីទាំងសងខាងសំរាប់ក្រសួង ។

តើអ្នកមានសំនួរឬទេ ?

បើសិនជាអ្នកមានសំនួរអំពីសេចក្តីសម្រេចនេះ ឬដំណើរការនៃការធ្វើឧទ្ធរណ៍ សូមទាក់ទង

_____ តាមលេខ _____
លេខទូរស័ព្ទ _____

**សេចក្តីជូនដំណឹងផែនការធ្វើសកម្មភាព
សំណើសំរាប់សវនាការនៃការបញ្ឈប់ប្រតិបត្តិការសេដ្ឋកិច្ច
អ្នកផ្តល់ការបំរើនិយោជកដ្ឋាន DDD**

ក្រោមច្បាប់ជំពូក 388-02 នៃច្បាប់ធ្វើសវនាការរបស់ក្រសួង DSHS

FOR AGENCY USE ONLY

☐

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

ផ្ញើទៅ : OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

លេខទូរសារ : 360-586-6463

ខ្ញុំស្នើសុំធ្វើសវនាការ ពីព្រោះខ្ញុំមិនយល់ស្របតាមការសំរេចរបស់អ្នកផ្តល់សេវាបំរើ ដោយនាយកដ្ឋានអភិវឌ្ឍន៍នៃភាពពិការ (DDD) ដូចខាងក្រោមនេះទេ ៖

ឈ្មោះរបស់អ្នក(សូមសរសេរអក្សរព្យួរ)	ថ្ងៃខែកំណើត	អត្តលេខសន្តិសុខសង្គម
អាសយដ្ឋានរបស់ជនដែលស្នើសុំធ្វើសវនាការ	លេខ ID របស់អតិថិជន	
ក្រុង រដ្ឋ ស៊ីបខ្វែង	លេខទូរស័ព្ទ(រួមទាំងលេខតំបន់)	<input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទសំរាប់ទុកសារ
ខ្ញុំត្រូវបានគេប្រាប់ពីការសំរេចសេចក្តីនៅថ្ងៃ : _____ ដោយ : _____ ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ ឈ្មោះនិងទីកន្លែងការិយាល័យរបស់ក្រសួង DSHS		
ខ្ញុំចង់នៅបន្តជំនួយ បើសិនជាខ្ញុំមានលក្ខណសម្បត្តិទទួល : <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ កម្មវិធី : _____		
ខ្ញុំត្រូវតំណាងដោយ (បើសិនជាអ្នកតំណាងដោយខ្លួនអ្នកផ្ទាល់ សូមកុំបំពេញពីរប្បដិសន្ធិបន្ទាប់ទៅនេះ):		
ឈ្មោះអ្នកតំណាងរបស់អ្នក	អង្គការ	លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋាន	ក្រុង រដ្ឋ ស៊ីបខ្វែង	
<input type="checkbox"/> ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យបញ្ចេញនូវព័ត៌មានអំពីសវនាការរបស់ខ្ញុំទៅឲ្យអ្នកតំណាងរបស់ខ្ញុំ ។		
ហត្ថលេខារបស់អ្នក	ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ	
តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែភាសាអ្នកជំនួយឬទេ ឬអ្នកសម្របសម្រួលសំរាប់ធ្វើសវនាការឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ បើឆ្លើយបាទឬចាសំ តើភាសាអ្វីឬជំនួយអ្វី ? _____ ចៅក្រមផ្នែករដ្ឋបាល (ALJ) អាចធ្វើសវនាការខ្លះតាមទូរស័ព្ទ ។ បើសិនជាអ្នកចង់ប្តូរទៅជាសវនាការផ្ទាល់ខ្លួនវិញ ចូរធ្វើតាមការណែនាំនៅក្នុងសេចក្តីជូន ដំណឹងនៃសវនាការ ដែលនឹងផ្ញើទៅជូនអ្នកដោយការិយាល័យ OAH ។		

INSTRUCTIONS

Do clients have appeal rights to denial or termination of their choice of providers?

Yes, clients have appeal rights. Refer to WAC 388-825-120.

What are some reasons I might deny or terminate a provider?

Some examples might be (but not limited to):

- The provider has worked for 120 days or more and has not met the training requirements.
- Provider is not available to provide care as outlined on the client's service Plan.
- The Division does not believe this provider can meet the client's health and safety needs.
- Payment can be terminated at the request of the client or the client's representative.
- A contract can be terminated for default when the contractor has not complied with the terms of the contract.

Refer to (WAC 388-825-375)

Who makes the decision to deny or terminate a provider payment or contract?

- The decision to deny or renew a contract is made by the Field Services Administrator (FSA).
- The decision to terminate a contract prior to the end date of the contract is made by the Office of Central Contracts Services upon the recommendation of the DDD HQ Contracts Manager.
- A regional management decision to terminate payment prior to the termination of the contract can only be made when there is substantiated abuse/neglect, the department determines client is in imminent jeopardy or there has been a failed background check on a provider with a contract.

How do I determine the effective date for terminating payment to the provider?

- When possible the termination date of payment coincides with the contract termination date, allowing at least 10 days from the date the Planned Action Notice is mailed, and extending to the end of that month.
- Termination of payment is immediate when there is substantiated abuse/neglect, or the department determines client is in imminent danger.

How do I determine the effective date for denying a current contract?

The date of contract termination is determined by the Office of Central Contracts Services.

How do I determine the effective date for denying a new/renewal contract?

- If it is a new contract the effective date is the date of denial by the FSA.
- If it is a contract renewal, the date for termination is the end date on the existing contract.

How do I ensure receipt of notification by client/client representative?

Per WAC 388-825-100 attempt at least twice to notify first by telephone then send written notification.

If my client appeals the decision to terminate their provider can they continue to use their provider during the appeals process?

The client can continue to use their provider if they request a hearing within the allotted time frame. The effective date is calculated by counting 10 days from the date the Planned Action Notice is mailed and extending to the end of that month. The request to continue services from the provider will be denied if there is substantiated abuse/neglect, the department determines client is in imminent danger, or there has been a failed background check on a provider with a contract.